<<IPA LOGO>>
<<IPA Contact Information>>

<<Date>>

<<Member Name>>
<<Address Line 1>> <<Address Line 2>>
<<City>>, <<ST>> <<Zip>>

Explicación Detallada de la No Cobertura

Fecha:

Nombre del paciente: Número de paciente:

Este aviso explica por qué su proveedor o plan de salud decidió que la cobertura de Medicare para sus servicios actuales debe finalizar. ***Este aviso no es la decisión sobre su apelación.*** La decisión sobre su apelación la tomará su Organización para la Optimización de la Calidad (*Quality Improvement Organization, QIO*).

Por qué ya no están cubiertos sus servicios

Revisamos su caso y decidimos que la cobertura de Medicare para sus servicios de {insert type} debe finalizar.

• La información usada para tomar esta decisión:

• Explicación detallada de por qué sus servicios ya no están cubiertos y las reglas de cobertura de Medicare usadas para tomar esta decisión:

• Política específica del plan usada para tomar la decisión (solo planes de salud):

Para obtener una copia de las reglas o las pautas usadas para tomar esta decisión o una copia de los documentos enviados a la QIO, por favor, llámenos a: <<IPA>> al**<<IPA Phone Number>>**, <<Hours of Operation>>. Los usuarios de TTY deben llamar al **<<TTY Number>>**.

IEHP DualChoice (HMO D-SNP) es un plan HMO con un contrato con Medicare. La inscripción en IEHP DualChoice (HMO D-SNP) depende de la renovación del contrato.

Formulario CMS-10124-DENC

Aprobación de la Oficina de Gestión y Presupuesto (Office of Management and Budget, OMB) n.º 0938–0953/vencimiento 30 de noviembre de 2027

Tiene derecho a obtener su información en un formato accesible, como letra grande, braille o audio. También tiene derecho a presentar una queja si cree que sufrió discriminación. Visite Medicare.gov/about-us/accessibility-nondiscrimination-notice o llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) para obtener más información. Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-877-486-2048.

©2025 Inland Empire Health Plan. Entidad Pública. Todos los Derechos Reservados.